

الإفراج عن المعلومات الصحية / الطبية والعقلية والسلوكية

إسم الوكالة المختارة أو الشخص (الفرد)		
عنوان الشارع		
المدينة	تكساس الولاية	الرمز البريدي
الهاتف		الفاكس

أنا الموقع أدناه أفوض الوكالة أو الشخص (الفرد) المذكورين أعلاه للإفراج عن السجلات الصحية / الطبية أو العقلية أو السلوكية للطالب المدرج اسمة أدناه إلى المنطقة التعليمية المستقلة للمدارس في هيوستن

اسم الطالب	تاريخ الميلاد	المدرسة	الصف (المرحلة)
------------	---------------	---------	----------------

السجلات المطلوبة
تاريخ الخدمة:

☐ الصحية (حدد):

☐ العقلية/ السلوكية (حدد)

هذه المعلومات ستستخدم في التخطيط التربوي

نصوص

- ☐ لقد تم ابلاغ الوالد أو الوصي القانوني أو الوالد البديل أو الطالب البالغ وإفهامه تماماً عن النشاط الذي ألتمست الموافقة عليه.
- ☐ يوافق خطباً الوالد أو الوصي القانوني أو الوالد البديل أو الطالب البالغ على النشاط الذي ألتمست الموافقة عليه.
- ☐ يفهم الوالد أو الوصي القانوني أو الوالد البديل أو الطالب البالغ ان هذه الموافقة طوعية ويمكن إلغاؤها كتابتة في أي وقت ، بإستثناء المدة الذي لم يتخذ هذا الإجراء في الاعتماد على هذا التفويض.
- ☐ مالم يعدل ، فإن هذا التفويض سينتهي في عام واحد من تأريخ هذا التفويض.
- ☐ إن المعلومات المفرج عنها والمستخدمه بموجب هذا التفويض قد يمكن الكشف عنها من قبل المستخدم ولم تعد محمية بموجب لوائح الخصوصية الفدرالية.
- ☐ ان المعلومات الصادرة قد تحتوي على معلومات تتعلق بعدوى ألايدز أو نقص المناعة البشرية أو تعاطي المخدرات أو الكحول أو الصحة العقلية أو السلوكية أو الرعاية النفسية.

شهادة

أشهد / أنا الوالد ، الوصي القانوني ، أو الوالد البديل ، أو الطالب البالغ والمثبت اسمي في هذه الإستمارة ، أقرُ على إعطاء الموافقة للإفراج عن المعلومات على النحو المطلوب . أنا أدرك حقوقي القانونية بشأن الإفراج عن معلومات شخصية، بما في ذلك حقّي في سحب الموافقة والحصول على نسخ من المعلومات بناء على طلب مكتوب. أنا أفهم ان هذه الموافقة صالحة فقط للغرض المذكور أعلاه ولمدة سنة واحدة واعتباراً من اليوم .

التاريخ

توقيع الوالد/ الوصي القانوني/ أوالد البديل/ الطالب البالغ

التاريخ

توقيع المترجم (إن تطلب ذلك)

إعادة الإستمارة الى المنشئ